FACULTÉ DE MÉDECINE DE [illegible]

Année 1881

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉ[illegible]

Présentée et soutenue le 4 mai 1881 à [illegible]

PAR LÉON LAURENT,

Né à Chaource (Aube), le [illegible]

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉPLACEMENTS TRAUM[illegible]
DU CRISTALL[illegible]

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges : MM. VERNEUIL, professeur.
POZZY, RENDU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les parties de [illegible]

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ [illegible]

31, rue Monsieur-le-Prince, [illegible]

1881

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1881 — N° 165

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 4 mai 1881 à 1 heure.

PAR LÉON LAURENT,
Né à Chaource (Aube), le 9 février 1849.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉPLACEMENTS TRAUMATIQUES DU CRISTALLIN

Président : M. DUPLAY, *professeur.*

Juges : MM. VERNEUIL, *professeur.* POZZY, RENDU, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, Successeur
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1881

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M. VULPIAN.

Professeurs ..... MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HENRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
CHANTREUIL	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DEBOVE.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
DIEULAFOY.	JOFFROY.	RAYMOND.	
FARABEUF.	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

Cours cliniques des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants	N.
— d'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires	N.
Chef des travaux anatomiques	FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DUPLAY

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉPLACEMENTS TRAUMATIQUES DU CRISTALLIN

AVANT-PROPOS.

L'idée de prendre pour sujet de notre thèse inaugurale les déplacements traumatiques du cristallin nous est venue à la suite de deux cas qu'il nous a été donné d'observer à la clinique ophthalmologique du Dr Parinaud, que nous prions d'agréer le témoignage de notre gratitude pour la bienveillance avec laquelle il a favorisé nos recherches et les bons conseils qu'il nous a donnés.

M. le Dr Martin nous a fait étudier également un fait intéressant de sa clinique dont il nous a communiqué l'observation, nous lui adressons ici nos sincères remerciements.

Notre intention n'est point de faire une monographie complète des déplacements du cristallin ; une semblable entreprise exigerait, non seulement une compétence que

nous n'avons point, mais encore nous obligerait à des compilations inutiles et sans intérêt.

Nous avons cru devoir nous borner aux luxations traumatiques, les luxations pathologiques et les luxations congénitales donnant lieu à des considérations spéciales. Et même, en ce qui concerne les luxations traumatiques nous nous sommes surtout proposé d'attirer l'attention sur les cas délicats qui peuvent passer inaperçus, si l'on n'en est prévenu ; les déplacements incomplets, les subluxations du cristallin sans mouvement de bascule, sans inclinaison de son axe sur l'axe optique. Ce côté de la question nous paraît avoir été moins étudié, bien qu'il ait un intérêt clinique incontestable.

En outre, la signification des signes auxquels donne lieu la subluxation du cristallin sans réclinaison mérite d'être discutée.

Nous dirons simplement les réflexions que les faits nous ont inspirées, nous gardant bien de toute tendance et de toute prétention à rien trancher prématurément.

ANATOMIE.

DU CRISTALLIN ET DE SES CONNEXIONS.

Le cristallin est une lentille biconvexe, transparente, située entre l'iris et le corps vitré.

Il est recouvert d'une capsule (capsule cristalline) à laquelle on donne encore le nom de cristalloïde et que l'on divise en antérieure et en postérieure.

Le cristallin présente à envisager deux faces et une circonférence. La face antérieure est en rapport avec l'iris et

la pupille ; la face postérieure repose sur une cupule de la membrane hyaloïde et du corps vitré. La circonférence présente de dedans en dehors les connexions suivantes : le canal godronné de Petit, formé par l'espace compris entre les deux feuillets de la membrane hyaloïde (l'antérieur qui se confond avec la zone de Zinn, le postérieur qui tapisse la dépression dans laquelle est reçue la lentille), la zone de Zinn, la couronne ciliaire, le muscle ciliaire, la sclérotique.

La capsule du cristallin est résistante ; elle résiste à d'assez fortes pressions, d'où la nécessité de l'ouvrir dans l'opération de la cataracte.

Mais si la capsule cristalline est très résistante, elle est très élastique, ce dont on peut se rendre compte en l'insufflant ou en la déchirant : dans le premier cas, elle revient sur elle-même, après s'être laissée distendre par l'air, dans le second, les deux bords de l'incision s'éloignent, mettent à découvert la substance propre du cristallin qui s'échappe spontanément ou sous l'influence d'une légère pression.

Le rôle de la capsule, comme agent de contention du cristallin, est donc de la plus haute importance. Le cristallin et sa capsule ne peuvent être extraits en totalité que si l'on déchire la zone de Zinn.

Le fait de l'extraction simultanée du cristallin et de sa capsule, sans écoulement d'humeur vitrée, impossible à l'état physiologique, pourrait pourtant se produire à l'état pathologique. Dans son traité d'Anatomie topographique, M. Tillaux rapporte que le Dr Notta, de Lisieux, lui ayant adressé un cristallin à gros noyau qu'il venait d'extraire, l'examen histologique, fait par le Dr Grancher, chef du laboratoire de Clamart, démontra l'existence d'une couche

de cellules épithéliales à la surface du cristallin ; et par conséquent l'existence de la capsule elle-même. M. Tillaux fait à ce sujet la réflexion suivante : « Ainsi donc, sous l'influence de certaines conditions pathologiques, absolument inconnues et qu'il y aurait grand intérêt à déterminer, les adhérences de la cristalloïde avec le corps vitré ont assez diminué pour que l'appareil cristallinien puisse être extrait en entier. »

(Traité d'Anat. topogr. Tillaux, page 216).

L'espace compris entre la face postérieure de la cornée et la face antérieure du cristallin constitue les chambres de l'œil.

L'iris divise cet espace en deux loges inégales : la loge antérieure est seule réelle, du reste ; la loge postérieure est virtuelle, la face postérieure de l'iris et la cristalloïde antérieure étant en contact. L'humeur aqueuse baigne les chambres de l'œil.

L'humeur aqueuse se reproduit très rapidement et jouit d'une propriété de résorption assez grande pour faire disparaître le cristallin, quand celui-ci se trouve directement baigné par elle sans interposition de cristalloïde. Le fait, que nous avons observé à la clinique du Dr Martin, en est un exemple.

Il n'entre pas dans notre sujet de faire l'étude histologique du cristallin et de sa capsule, non plus que d'étudier cette lentille au point de vue de l'optique ; nous renvoyons sur ce point le lecteur aux traités d'anatomie, d'histologie et aux ouvrages spéciaux. Mais, ces quelques notions étant nécessaires pour comprendre le mécanisme de la luxation du cristallin, nous avons cru devoir les rappeler d'une façon succincte.

EXPOSÉ DU SUJET.

Les luxations du cristallin doivent être divisées en trois groupes : luxations congénitales, luxations spontanées ou pathologiques, luxations traumatiques.

Chacun de ces groupes comporte une étude à part. Nous nous en tiendrons, dans ce travail, aux luxations traumatiques, les luxations congénitales relevant de phénomènes embryologiques, aujourd'hui bien connus et dont on trouve la description dans tous les ouvrages classiques. Les luxations pathologiques obligeant à passer en revue la plupart des affections du globe oculaire, nous avons pensé que notre étude limitée aux déplacements traumatiques nous permettrait mieux de mettre en relief certaines considérations importantes et pourrait ainsi présenter quelque intérêt.

Les luxations traumatiques du cristallin sont complètes ou incomplètes : il y a luxation proprement dite ou subluxation.

On dira que le déplacement est complet ; qu'il y a luxation, lorsque le cristallin, capsule et lentille, sera complètement privé de ses attaches zonulaires, c'est-à-dire, lorsque son ligament suspenseur, zonule de Zinn, n'y adhérera plus en aucun point. C'est alors que le cristallin se logera dans le corps vitré, dans la chambre antérieure, et même sous la conjonctive, si la sclérotique a été rompue.

Le déplacement est incomplet ; il y a subluxation, lorsque le cristallin est encore retenu par une portion de la zonule, lorsque celle-ci lui adhère encore, dans une partie de son étendue.

Mais, quand il en est ainsi, il faut distinguer deux cas : ou le cristallin reste placé de champ, ou il subit un mouvement de bascule ; en un mot, ou son axe reste parallèle à l'axe optique, ou il forme avec lui un certain angle : dans ce dernier cas, on dit qu'il y a réclinaison. Nous aurons, dans le cours de ce travail, à signaler des cas appartenant à ces trois ordres de faits, afin d'être complet et de présenter un tableau d'ensemble : déplacement complet, déplacement incomplet, avec ou sans réclinaison ; mais nous prévenons que ce sont surtout les déplacements incomplets, sans réclinaison, c'est-à-dire sans bascule du cristallin, sans inclinaison de son axe sur l'axe optique, que nous avons particulièrement en vue. La connaissance des faits qui se rapportent à cette dernière variété mérite, comme nous le verrons, une attention et une description spéciales.

Bien que les luxations du cristallin puissent être la conséquence des plaies pénétrantes du globe de l'œil, comme ces plaies s'accompagnent le plus souvent de lésions multiples, au milieu desquelles la luxation du cristallin ne constitue, en quelque sorte, qu'un phénomène épisodique et qu'il est alors difficile de faire le départ de ce qui lui appartient en propre, nous nous en tiendrons aux luxations traumatiques du cristallin consécutives à des contusions du globe oculaire. Que se passe-t-il dans ces cas ! L'œil s'aplatit dans un sens, généralement suivant son diamètre transverse, tandis qu'il subit une élongation dans un autre sens, le diamètre antéro-postérieur ; suivant l'intensité de la distension, la zonule se rompt seule en totalité ou en partie ; ou il y a également rupture de la choroïde et même de la sclérotique.

Si la zonule se déchire dans toute son étendue, la luxa-

tion du cristallin est complète ; dans le cas contraire, elle est incomplète et on dit qu'il y a subluxation.

Faisons remarquer toutefois que, le plus souvent, la luxation incomplète se transforme ultérieurement en luxation complète.

La violence du traumatisme peut non-seulement rompre la zonule, mais encore faire éclater la capsule; dans ce cas, ou la lentille se résorbera, si le sujet est jeune, ou elle se cataractera rapidement.

Le décollement de la rétine pourra également être observé, comme cela a lieu dans un des faits que nous relatons.

Mais il ne suffit pas de s'en tenir à cette première division : luxations complètes, luxations incomplètes ; il faut, à leur tour, diviser les luxations incomplètes en deux variétés : dans la première, le cristallin dévié reste placé de champ ; il n'y a pas d'inclinaison de son axe sur l'axe optique. Dans le second, il est incliné en avant ou en arrière.

Nous avons donc à étudier :

1° Les luxations complètes;

2° Les luxations incomplètes, sans inclinaison de l'axe du cristallin sur l'axe optique ;

3° Les luxations incomplètes, avec inclinaison du cristallin sur l'axe optique, autrement dit, avec réclinaison.

DES SUBLUXATIONS DU CRISTALLIN SANS INCLINAISON DE L'AXE.

Suivant la méthode que nous avons adoptée dans notre exposé, nous allons d'abord présenter le fait qu'il nous a été donné d'observer à la clinique et sous les auspices du Dr Parinaud. Voici cette observation :

Le 20 février 1881, Mme M....., 46 ans, reçoit sur l'œil un coup de bâton, porté avec assez de violence, mais qui n'intéresse que très légèrement la peau de la paupière supérieure qui présente quelques érosions, la peau des régions voisines est intacte.

Elle se présente à la clinique huit jours après l'accident.

On constate une *mydriase* très prononcée, bien que la malade n'ait pas mis d'atropine dans l'œil; les *tremblements de l'iris* sont limités à la partie externe; légère injection du globe, surtout prononcée autour de la cornée : celle-ci présente des taies superficielles assez étendues, résultant d'une inflammation qui date de l'enfance. Douleur péri-orbitaire, sourde, s'irradiant dans toute la moitié de la tête.

Outre les douleurs péri-orbitaires, la malade accuse de la sensibilité du globe, limitée à la partie externe et supérieure, qui est surtout sensible, quand la malade porte le globe de l'œil en dehors.

Le globe oculaire, complètement insensible à la pression, dans la moitié interne et supérieure, est, au contraire, douloureux dans la moitié externe et inférieure.

Troubles de la vision : la malade compte difficilement les doigts, à 10 centimètres de distance. Cet affaiblissement de la vue doit s'expliquer, en grande partie, par les altérations anciennes de la cornée. La malade présente, en outre, des altérations du champ visuel, sous forme d'une échancrure périphérique, du côté nasal, c'est-à-dire correspondant probablement à un soulèvement de la rétine du côté externe, où l'on observe le tremblement de l'iris. L'altération du champ visuel, sous forme d'une échancrure occupant, à peu près, un tiers de la totalité de ce champ, est distante du point de fixation de 35° environ.

L'examen ophthalmoscopique est rendu difficile par suite des altérations de la cornée : on voit cependant assez nettement la papille ; on peut constater qu'elle n'est pas déformée ; que les vaisseaux ne présentent également aucune sinuosité anormale ; qu'il n'y a, en un mot, aucun signe de déplacement du cristallin avec inclinaison de l'axe.

La malade a été soumise à un traitement antiphlogistique, dont l'atropine a fait la base, sans éprouver d'amélioration notable.

Après une dizaine de jours de ce traitement, les douleurs péri-orbitaires ont semblé subir une certaine aggravation ; on suspend tout traitement pendant quinze jours ; le malade continue à éprouver des douleurs sourdes, et la vision reste toujours aussi défectueuse.

Le 24 mars (bien que la malade n'ait pas mis d'atropine depuis quinze jours), la pupille continue à être extrêmement dilatée ; le tremblement de l'iris, par suite, devient plus difficile à constater.

Il s'est développé sur la cornée, au niveau des anciens leucômes, de petites ulcérations superficielles occupant la moitié supérieure de la cornée, sans aucune espèce de réaction inflammatoire.

Les douleurs sont moins vives depuis quelques jours.

Cette observation met d'abord en relief trois signes : dilatation de la pupille, tremblement partiel de l'iris, douleur périorbitaire et oculaire, dans le point correspondant au tremblement de l'iris, dont nous devons nous demander la signification, et, d'autre part, elle nous met en présence de décollement partiel de la rétine et de troubles

trophiques de la cornée qui dépendent vraisemblablement du traumatisme et de ses conséquences.

A quoi tient la mydriase ? On sait que les nerfs ciliaires, qui se rendent à l'iris, peuvent être dissociés physiologiquement en rameaux du grand sympathique, qui innervent ces fibres radiées, et en rameaux du moteur oculaire commun, qui aboutissent aux fibres circulaires du diaphragme irien.

Faut-il admettre une incitation des filets du grand sympathique, ou bien une parésie de ceux du moteur oculaire commun? Ne s'agit-il pas plus simplement d'une action mécanique, d'une pression exercée par le cristallin, bien qu'insensiblement déplacé sur l'anneau irien?

Dans l'espèce, cette dernière explication ne saurait nous satisfaire : que la pression mécanique joue un rôle dans le déplacement complet en avant, rien de mieux, mais ici, dans la subluxation, c'est, croyons-nous, aux nerfs qu'il faut demander la raison des phénomènes observés : il y a excitation des filets du grand sympathique qui se rendent aux fibres radiées de l'iris, ou plutôt parésie de ceux du moteur oculaire commun qui animent le sphincter irien.

Le tremblement de l'iris s'explique aisément : lorsque la zonule est rompue, l'iris manque de soutien, et les mouvements du globe oculaire déterminent son ondoiement, son tremblottement. Mais, tandis que dans les déplacements complets, lorsque le ligament suspenseur a été déchiré dans toute son étendue, le tremblement de l'iris est total, dans notre cas, c'est-à-dire dans la subluxation, ce tremblement est partiel. Notons que la dilatation de la pupille et que la transformation du diaphragme de l'iris en anneau très peu large rend plus malaisée la constatation de ce signe.

Quelle est la cause des douleurs? Ici, il faut distinguer les douleurs oculaires des douleurs périorbitaires : ces dernières se rencontrent dans un grand nombre d'affections de l'œil, et leur pathogénie n'a, ici, rien de spécial : les douleurs oculaires, au contraire, ont ceci de remarquable que les mouvements du globe, dans un certain sens, que les pressions exercées, en un certain point, les déterminent. A quoi faut-il rapporter ces douleurs oculaires ? A l'inflammation. Mais nous avons vu que celle-ci est minime ou nulle. A l'augmentation de la tension intra-oculaire. D'abord il ne saurait en être question sérieusement, dans les cas de déplacements incomplets, sans bascule. Ensuite, à supposer qu'elle existât, comment expliquer qu'elle donnât lieu à des douleurs limitées et se produisant sous l'influence de certains mouvements et de certaines pressions ?

Eliminant les deux causes précédentes, nous sommes porté à croire que les douleurs oculaires, dans les déplacements incomplets du cristallin, sont de cause purement mécanique, à savoir : la portion de zonule encore adhérente au cristallin, tiraillant les nerfs ciliaires, pendant les mouvements spontanés ou communiqués à ce dernier ; au tiraillement, il faudrait aussi ajouter la compression pure et simple des ramifications des nerfs ciliaires dans les mêmes circonstances, on s'expliquerait ainsi le siège limité et constant de ces douleurs.

Le fait qui nous inspire ces réflexions nous conduit à penser que les déplacements traumatiques du cristallin doivent être accompagnés assez fréquemment du décollement de la rétine, dans une étendue plus ou moins considérable, et nous croyons que l'exploration attentive du champ visuel et l'examen ophthalmoscopique pourront

établir cette corrélation. Le nombre restreint de cas que nous avons pu observer ne nous permet pas d'être plus affirmatif à ce sujet.

Nous ferons les mêmes réserves au sujet des troubles trophiques de la cornée, que nous avons constatés dans notre observation, d'autant plus qu'il s'agissait d'une cornée déjà malade et prédisposée à ces troubles.

L'examen ophthalmoscopique, assez difficile dans l'espèce, pour les raisons que nous avons dites, n'a rien révélé de spécial.

Malgré l'existence de cette trilogie : dilatation de la pupille, tremblement de l'iris, douleurs oculaires, le diagnostic du déplacement partiel du cristallin, sans inclinaison de son axe, n'en est pas moins entouré de difficultés.

Il faut être prévenu ; il faut avoir observé des malades atteints de ce genre d'affection, pour ne point passer devant ces faits sans les reconnaître.

L'étude des déplacements du cristallin, en général, et de la variété dont il est question ici, en particulier, devra attirer l'attention de l'ophthalmologiste, au même titre que celle d'affections plus fréquentes et mieux caractérisées.

Cependant, on pourra établir avec certitude, non seulement la nature de l'affection, dans les cas de déplacement partiel, sans réclinaison, mais encore le siège de la lésion. Le signe le plus important, pathognomonique en quelque sorte, du déplacement partiel du cristallin, c'est le tremblement de l'iris, tremblement, nous insistons sur ce point, partiel comme la lésion dont il est la conséquence.

L'iris tremble là où il manque de soutien ; là où la zonule a été déchirée. Il en résulte que ce signe : tremblement partiel de l'iris, nous indique non seulement que le

ligament suspenseur a été lésé, mais encore le siège même de la lésion.

La dilatation de la pupille, lorsqu'on aura éliminé les causes nombreuses de la mydriase, question de séméiologie que nous n'avons pas à débattre ici, lorsqu'elle coïncidera avec le tremblement de l'iris, est un signe assez précieux que M. le Dr Parinaud nous a dit avoir observé dans un bon nombre de cas ; mais on conçoit que le degré et les caractères de cette dilatation doivent varier suivant chaque cas spécial, et suivant les hasards de la compression exercée par le cristallin ; c'est donc dans les déplacements complets, en avant, que la mydriase aura le plus de chance de se produire. Cependant, et nous insistons sur ce fait, que nous croyons intéressant, on peut la rencontrer, comme dans notre observation, dans le déplacement partiel, et nous la signalons d'autant plus volontiers, dans ces circonstances, qu'elle ne nous paraît pas avoir été l'objet de l'attention du plus grand nombre des observateurs.

Les douleurs oculaires, localisées dans le lieu même où l'on observe le tremblement de l'iris, douleurs que les mouvements du globe oculaire déterminent, que l'on peut faire naître à volonté en comprimant le globe au lieu d'élection alors que cette pression est indolore partout ailleurs, vient encore donner, au diagnostic de la nature et du siège, une importante confirmation.

Le décollement partiel de la rétine, que la diminution du champ visuel et l'examen ophthalmoscopique feront reconnaître, loin d'égarer l'observateur, devra au contraire, lui fournir une nouvelle preuve de certitude.

Pour ce qui concerne la marche, la durée et la terminaison, la malade dont il est question ici étant encore en ob-

servation, nous attendrons de nouveaux faits pour nous prononcer.

Les douleurs oculaires vont-elles persister ou s'amender ?

Le cristallin, encore transparent, s'opacifiera-t-il? Qu'adviendra-t-il des troubles trophiques de la cornée ?

Les faits analogues que nous rencontrons dans les auteurs, outre qu'ils s'éloignent plus ou moins de notre type, ne nous permettent pas, vu la multiplicité des terminaisons, de nous prononcer nettement à cet égard.

Quant au traitement, à part les instillations d'atropine, qui ont été faites au début, nous avons dit qu'il était actuellement expectant, la malade se bornant à des lotions tièdes et émollientes, une intervention chirurgicale étant contre indiquée, à l'heure actuelle, et ne pouvant être autorisée que par une complication qu'on ne peut encore prévoir.

DES LUXATIONS INCOMPLÈTES AVEC RÉCLINAISON.

La luxation incomplète du cristallin, avec inclinaison de son axe sur l'axe optique, donne lieu à un refoulement en avant de l'iris, en un point ; à un refoulement en arrière et à un tremblottement, en un autre point diamétralement opposé ; la dilatation de la pupille a été notée par le Dr Parinaud.

La chambre antérieure a une profondeur inégale. Lorsque le bord du cristallin déplacé arrive dans le champ pupillaire, l'éclairage oblique fait reconnaître un arc de cercle grisâtre qui réfléchit vivement la lumière. L'ophthalmoscope fait voir cet arc de cercle sous la forme d'une ligne sombre, qui tranche fortement sur la coloration rouge du

fond de l'œil, ainsi que deux papilles : l'une, formée par les rayons qui traversent la lentille ; l'autre par ceux qui traversent la partie libre de la pupille.

Si le cristallin est déplacé en avant, il y aura de la myopie ; l'accommodation est très imparfaite ; si le bord du cristallin luxé empiète sur le champ pupillaire, les malades verront deux images du même objet ; il y aura diplopie monoculaire. Enfin, comme trouble fonctionnel, il faut signaler, par le fait de l'inclinaison latérale du cristallin, un astigmatisme irrégulier.

L'observation suivante, qui nous a été communiquée par le Dr Parinaud, est un exemple intéressant de luxation traumatique du cristallin avec réclinaison, se rapprochant beaucoup, au point de vue des signes, de la luxation complète et établissant, en quelque sorte, un trait d'union entre ces deux variétés.

Luxation traumatique indirecte du cristallin. — Réclinaison en arrière et en bas. — Déchirure incomplète du ligament suspenseur. — Mydriase excessive. — Cécité absolue, par compression probable du nerf optique.

Moit..., 48 ans. Trois semaines avant l'examen une fourche en fer, tombée du haut d'une voiture, frappe la région orbitaire gauche où elle a laissé une cicatrice de deux centimètres de longueur au niveau du sourcil, sans intéresser directement le globe de l'œil.

Trouble immédiat de la vue, qui s'est prononcé les jours suivants, jusqu'à produire une cécité complète le sixième jour.

Perte de connaissance, au moment de l'accident ; quelques douleurs de tête, pas d'écoulement de l'oreille.

Le malade n'a pas souffert depuis ; il éprouve seulement dans l'œil une sorte de gêne qui disparaît par certaines inclinaisons de la tête, (pression sur le corps ciliaire ou tiraillement des nerfs ciliaires).

Le globe de l'œil est le siège d'une légère injection péri-kératique.

La pupille est dilatée au maximum; comme aucun collyre n'a été employé, (le malade n'a fait usage que de vésicatoires et de cataplasmes), cette mydriase n'est imputable qu'au traumatisme.

Le malade a remarqué lui-même, quelques jours après l'accident, que le miroir de l'œil, suivant son expression, était très agrandi.

On voit, à l'œil nu, le cristallin flotter dans le corps vitré, à chaque inclinaison de la tête. A l'aide du miroir, on constate que la lentille, réclinée en arrière, n'est retenue que par son bord inférieur. Flocons dans l'humeur aqueuse et le corps vitré, dont la transparence est très altérée.

Le cristallin est opacifié, dans la plus grande partie de son étendue, les parties périphériques seules ont gardé quelque transparence.

On distingue difficilement à l'ophthalmoscope la papille et les vaisseaux du fond de l'œil, à cause du trouble du corps vitré.

La cécité absolue, ne pouvant s'expliquer par l'altération des milieux, il est probable que le nerf optique est le siège d'une compression dans l'orbite.

La dilatation de la pupille était très notable, dans le cas que nous venons de relater et nous insistons sur ce fait, dont nous avons déjà eu à parler, à propos des subluxations, sans réclinaison parce qu'il nous semble avoir une valeur diagnostique, dont il faut tenir compte et que son

interprétation (pression sur le corps ciliaire ou tiraillement sur les nerfs ciliaires) fournit un élément intéressant à la séméiologie de la mydriase.

DES DÉPLACEMENTS COMPLETS DU CRISTALLIN.

M. le Dr Martin a bien voulu nous communiquer le fait suivant qu'il a observé dans sa Clinique ophthalmologique. Nous le remercions bien sincèrement de nous avoir mis en rapport avec le malade et de nous avoir fourni à son sujet, avec une extrême obligeance, tous les renseignements que nous lui avons demandés.

Mme I... 39 ans, se présente à la Clinique, le 28 février 1881.

En jouant avec son mari, dit-elle, elle a reçu un coup de fourchette dans l'œil droit il y a environ deux heures.

La fourchette, par une échappée malheureuse, est venue frapper le globe de l'œil en bas ; les dents de la fourchette ont marqué leur trace par quatre lignes ecchymotiques. Le globe de l'œil ne présente aucune déchirure. Il existe une tache ecchymotique péricornéenne en haut.

La pupille est dilatée et déformee en haut. A l'examen ophthalmoscopique, on s'aperçoit que la lumière ne pénètre pas au delà du cristallin. Le fond de l'œil paraît absolument noir.

Le diagnostic d'hémorrhagie du corps vitré et de luxation du cristallin est porté. Traitement : collyre au sulfate d'atropine, lotions d'eau froide, pommade belladonée.

Le lendemain, la pupille dilatée présente toujours sa

déformation en haut; mais le cristallin présente des stries rayonnées blanches.

Les jours suivants le cristallin continue à devenir de plus en plus opaque, sous l'influence de l'imbibition de l'humeur aqueuse, ce qui semble démontrer que la cristalloïde antérieure a été déchirée.

L'œil ne subit aucune réaction et, à aucun moment, il n'a présenté de trace d'inflammation.

Vers le huitième jour, un débris du cristallin se détache et flotte dans la chambre, où il ne tarde pas à se résorber en quelques jours.

Ce même travail se reproduit à plusieurs reprises et la malade, à la fin de février, commence à percevoir la lumière.

Aujourd'hui, 26 mars, la malade peut compter les doigts, et on voit encore des débris de cristallin prêts à tomber dans la chambre.

Sur la cristalloïde, on observe de petits points blancs nacrés, signes évidents de résorption du cristallin sur ces points.

Pour compléter ce diagnostic, il faut attendre que le fond de l'œil puisse être suffisamment éclairé pour savoir si le sang épanché dans le corps vitré, ne provient pas d'une déchirure de la choroïde ou plus simplement d'une rupture de la zonule.

C'est un exemple de résorption du cristallin, après son déplacement incomplet, mais ce qui nous intéresse particulièrement, au point de vue du mécanisme des luxations cristalliniennes, c'est qu'ici évidemment, en même temps que la zonule, sous l'influence de la même cause, la capsule cristalline s'est déchirée, a éclaté. D'où cette double conséquence :

1° Contact direct, immédiat de la lentille et de l'humeur aqueuse ; on sait, en effet, que, pour que l'humeur aqueuse dissolve le cristallin, il faut que cette humeur baigne la lentille sans interposition de capsule, sinon le cristallin s'altère, s'opacifie, mais ne disparaît pas. C'est pourquoi cette observation nous intéresse, moins au point de vue de la résorption du cristallin, fait banal, après la discision de la capsule, qu'au point de vue de la double lésion : déchirure partielle de la zonule, déchirure de la capsule qui peut se produire simultanément sous l'influence d'un même traumatisme.

Il y a même lieu de penser que, dans la majorité des cas, le traumatisme qui a donné lieu à la déchirure complète de la zonule, s'accompagne de la rupture de la cristalloïde dont la résistance a été vaincue. Ce fait peut être vérifié cliniquement.

S'agit-il d'un déplacement du cristallin chez un sujet jeune ? (On sait que, dans certain cas, la lentille est molle et qu'elle dégénère facilement.) Si la cristalloïde est rompue, la lentille ne tardera pas à présenter une dissociation de ses éléments, et sera dissoute peu à peu au contact de l'humeur aqueuse. Conserve-t-elle sa transparence après la subluxation, c'est que la capsule est intacte ; car, dans le cas contraire, les phénomènes de dissolution sont très rapides. Le cas de M. le Dr Martin en est un exemple. Il s'agit d'un sujet jeune chez lequel, la capsule ouverte, la lentille a été facilement résorbée en raison de son peu de consistance.

Chez les sujets âgés, dont la lentille est un noyau dur, il est plus malaisé de savoir si la capsule a été rompue ou si elle est restée entière, la lentille offrant une plus grande

résistance à l'action de l'humeur aqueuse, et n'étant pas absorbée par cette humeur.

Quoi qu'il en soit, considérant ce qui se passe chez les jeunes sujets, il y a lieu de penser, nous le répétons, que dans le déplacement incomplet du cristallin la capsule résiste pas à la violence qui a rompu la zonule.

Comme conséquence pratique de ces faits, il y a lieu de se demander si, chez un jeune sujet, après un déplacement complet du cristallin, dans la chambre antérieure, par exemple, celui-ci conservant sa transparence (ce qui indique que la capsule aurait gardé son intégrité; ce qui, du reste, doit être exceptionnel), on ne devrait pas, en l'absence bien entendu de toute inflammation, pratiquer la discision de la capsule après simple ponction, pour permettre à l'humeur aqueuse de résorber la lentille. Nous reconnaissons cependant que, le plus souvent, il vaut mieux ne pas intervenir, à moins d'urgence, et laisser à la nature le soin de réparer, tant bien que mal, le désordre produit.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire les cas, la plupart du temps, consécutifs à des plaies du globe oculaire, puisque nous avons dit que nous avions surtout en vue les contusions dans lesquelles le cristallin est projeté hors de l'œil et s'est logé sous la conjonctive, ou vient faire saillie entre les lèvres d'une incision scléroticale.

Les faits qui se rapportent à ces traumatismes sont nombreux; mais ils rentrent plutôt dans les plaies du globe oculaire, dont l'étude ne doit pas nous occuper,

étant données les limites que nous avons assignées à notre sujet.

Disons seulement que le cristallin est projeté au dehors, au travers d'une plaie scléroticale, l'iris se renverse partiellement du côté de la plaie, simulant une pupille artificielle, au point que, selon la remarque de M. Abadie : « il semble au premier abord que le malade ait subi l'extraction de la cataracte, avec iridectomie. »

Si le cristallin est logé sous la conjonctive bulbaire, il ne faut qu'un peu d'habitude pour le reconnaître à sa forme caractéristique, à la petite tumeur demi-transparente qu'il détermine, et, dans ce cas, les accidents qui en résultent sont très minimes, et on peut opérer son extraction sans difficulté.

S'est-il insinué entre les lèvres d'une plaie oculaire ; la situation est plus grave : la région ciliaire a été atteinte ; le cristallin joue le rôle d'épine, de corps étranger, et l'énucléation de l'œil peut être nécessaire.

Arrivons aux cas où les grands traumatismes intérieurs ne s'étant pas produits, le cristallin reste à la partie déclive du corps vitré ou tombe dans la chambre antérieure que la luxation complète soit primitive ou consécutive à une luxation incomplète.

Quand le cristallin est tombé dans le corps vitré, l'iris, qui n'est plus soutenu, tremble ; parfois, la pupille est dilatée ; la profondeur de la chambre antérieure paraît augmentée ; les images fournies par les cristalloïdes n'existent plus ; la coloration de la pupille est noire, foncée et sans reflet.

Le cristallin, devenu horizontal, la face antérieure étant inférieure, peut être reconnue à sa forme lenticulaire, quand le malade regarde fortement en bas ; sa teinte est

bleuâtre, demi-transparente, et il se cataracte dans un temps variable, selon l'état de la capsule et l'âge du sujet.

L'état de la réfraction de l'œil est changé ; la myopie se trouve instantanément corrigée, si elle existait antérieurement, ou l'hypermétropie se produit, si le sujet était emmétrope.

L'abolition de l'accommodation est complète ; si le cristallin luxé n'empiète pas sur le champ papillaire, il n'y a pas de diplopie monoculaire ; dans le cas contraire, elle existe comme dans la luxation incomplète.

La luxation complète, le cristallin tombant dans la chambre antérieure, est plus rare : « On dirait d'une grosse goutte d'huile ; les malades aperçoivent un disque sombre sur le centre du champ visuel. » (Abadie.)

M. Tillaux, à propos des blessures de la sclérotique (Anat. top., p. 194), s'exprime ainsi :

« Une blessure curieuse de la sclérotique et qui résulte encore de son défaut d'élasticité, c'est sa rupture indirecte, produite, non pas de dehors en dedans, mais de dedans en dehors, à la suite d'une violente pression exercée sur l'œil par un corps arrondi ; un homme alcoolisé rentre, le soir, dans sa chambre, sans lumière ; il tombe, et la partie externe de l'œil porte violemment sur l'encoignure d'un bois de lit : je constate, le lendemain, une rupture de la sclérotique, à sa partie interne (côté opposé à celui où a été porté le choc), et, comme conséquence, une luxation sous-conjonctivale du cristallin. »

Le Dr Noyes (New-Yorck) (Annales d'oculistique, 1871) signale un fait de luxation de la lentille dans le corps vitré, puis dans la chambre antérieure.

Il s'agit d'un homme de 45 ans qui, en état d'ivresse,

avait reçu un coup de poing sur l'œil gauche. Trois semaines après, le Dr Wattes constate une luxation en bas de la lentille. Une semaine plus tard, après sept ou huit éternuements, produits par le tabac, la vision s'était améliorée; la lecture était devenue possible. Le cristallin, un peu ombré, entouré de sa capsule, se trouvait dans la chambre antérieure. A la dernière exploration, l'œil était irrité; le patient, n'ayant pas voulu l'opération, ne revint qu'un mois après. La lentille était trouble; il y avait glaucôme, pas de sensation de lumière; l'œil était dur, douloureux; il y avait de l'hyperhémie ciliaire. L'extraction fut faite sous l'influence du chloroforme, au moyen du couteau de de Graefe. Il y eut procidence du corps vitré; la réaction fut vive avec iritis purulente. Plus tard, le patient s'est représenté. L'œil est indolore; la cornée trouble; un exsudat se trouve dans la pupille déviée ; pas de sensation de lumière.

Ce fait nous montre qu'une luxation, le cristallin en arrière, peut se transformer en une luxation en avant. En outre, il nous édifie sur les accidents graves qui peuvent être la conséquence du traumatisme et sur les difficultés de l'opération.

Le Dr Dyer, de Philadelphie, qui a observé quatre cas de fracture du cristallin, dans la pendaison (fracture portant sur la capsule antérieure et une partie de l'épaisseur du cristallin), a noté dans un de ces cas une luxation complète de la lentille.

Nous signalons ce fait de luxation complète en raison de sa singulière étiologie.

Nous trouvons dans Mackensie les observations suivantes que nous reproduisons, en raison de l'intérêt qu'elles représentent.

Luxation du cristallin dans la chambre antérieure.

A. T..... reçoit, pendant l'été de 1859, un coup de manche de fouet, aux environs de l'œil droit; elle perd connaissance et tombe sur la face. En revenant à elle, elle éprouve une douleur brûlante avec larmoiement; elle se présente à l'hôpital deux jours après l'accident. La conjonctive est injectée ; la cornée est transparente et brillante, la pupille circulaire, mais paraissant rétractée. Après un examen attentif, on découvre, dans la chambre antérieure, et encore contenu dans sa capsule, le cristallin parfaitement transparent. On aperçoit sur sa face antérieure, à l'aide d'une loupe, une inégalité qu'on croit due à la présence des plis de la capsule. En faisant mouvoir la tête, de façon à varier le jeu de la lumière, on reconnaît aisément la lentille, par une ligne demi-circulaire que son bord supérieur forme par sa rétraction. La vue est presque aussi bonne que du côté malade; mais les objets sont légèrement confus. Le cristallin, se trouvant ainsi déplacé depuis dix jours, sans avoir déterminé d'accidents, on se borne à prescrire quelques moyens contre la conjonctivite, en invitant la malade à se représenter plus tard. On la revit trois semaines après : le cristallin était dans le même état; malheureusement elle ne s'est plus représentée depuis.

Abaissement d'un cristallin opaque par une cause accidentelle.

Il s'agit d'une pauvre femme, âgée de 60 ans, dont un œil était depuis longtemps détruit et dont le second offrait un cristallin d'un blanc foncé ; l'iris, originairement d'un gris bleuâtre, avait perdu son poli ; il était tremblottant ;

le segment inférieur du bord de la pupille était adhérent à la face antérieure du cristallin. Quand la malade se présenta à Saint-Mark's ophthalmic Hospital, elle ne pouvait se conduire. On dilata la pupille avec l'atropine, ce qui mit à découvert un large espace clair, de forme semi-lunaire, situé au-dessus du bord du cristallin opaque; la malade put alors se conduire seule. Un examen attentif fait reconnaître que le cristallin est plus bas qu'à l'état normal et qu'il n'est maintenu que par des adhérences; l'humeur vitrée est considérée comme étant liquéfiée. Cette circonstance, jointe à l'état misérable de la malade, détourne de toute opération. Elle continue l'usage palliatif de la belladone.

Au bout d'un certain espace de temps, elle reçut un coup sur cet œil et reconnut bientôt, avec autant de surprise que de joie, qu'elle voyait beaucoup mieux qu'elle ne pouvait le faire, depuis des années. Lorsqu'elle se présenta peu après, à l'hôpital, on trouva la pupille circulaire et transparente et la vision bonne. A l'aide d'un verre convexe, elle peut lire quoique avec difficulté. Cet état s'est maintenu; mais, parfois, lorsqu'elle penche la tête en avant, la vue se perd par l'ascension d'un corps, couleur d'ambre; elle reparaît lorsque la malade rejette vivement la tête en arrière, ou bien, si ce moyen ne réussit pas, elle place une de ses mains sur la région malaire qu'elle frappe ensuite vivement de son autre poing.

Luxation sous-conjonctivale du cristallin.

Le 28 mai 1856, on m'amène le nommé James Gambell, âgé de 17 ans. La veille, il avait reçu sur l'œil droit une motte de terre dure qui l'avait frappé violemment : la vue

avait été immédiatement éteinte ; il était survenu une douleur intense qui avait persisté plusieurs heures après l'accident. On avait appliqué sur l'œil des fomentations et un cataplasme de mie de pain. Lorsque je le vis, il se plaignait encore beaucoup ; il accusait surtout la sensation d'un corps étranger dans l'œil, sensation qu'aggravaient les mouvements des paupières, et ce ne fut qu'avec peine que je pus me livrer à un examen convenable. Voici quel était l'état de son œil : ecchymose générale ; iris presque complètement rendu invisible par le sang qui remplit la chambre antérieure ; au côté interne, sur la ligne d'union de la cornée avec la sclérotique, on aperçoit une ligne noire (évidemment une déchirure de la sclérotique) et entre cette ligne et le canthus interne, une tumeur jaunâtre ayant le volume de la moitié d'un pois ; on reconnaît qu'elle n'est autre que le cristallin, situé sous la conjonctive ; la conjonctive s'était évidemment détachée et le cristallin avait été chassé sous elle, jusqu'à une certaine distance au delâ de la déchirure de la sclérotique. Je me décidai immédiatement à l'enlever, en pratiquant une plaie qui ne correspondit point à la déchirure de la sclérotique et de la choroïde.

M'étant placé derrière le malade, je fendis la conjonctive, au côté interne du cristallin, puis, exerçant une légère pression, je vis s'échapper la lentille et le sang extravasé. Les paupières furent maintenues rapprochées à l'aide de bandelettes agglutinatives et des applications froides constamment faites. Le malade dut rester au lit et à la diète. Le quatrième jour (jusque là rien de remarquable), j'examinai l'œil et je m'assurai que l'iris était détaché, dans le point correspondant à la déchirure ; le sang épanché était en grande partie résorbé et la plaie de la sclérotique paraissait guérie.

Au bout d'un mois. l'œil s'était, en partie, remis de ses lésions ; toutefois la déformation de l'iris et une ligne noire, au niveau de la déchirure par où était sorti le cristallin, persistaient.

Luxation sous-conjonctivale du cristallin.

P. B., âgé de 60 ans, campagnard bien portant, reçoit un coup violent sur l'œil gauche et perd immédiatement la vue de ce côté. A son entrée à l'hôpital, il n'a même pas la perception de la lumière et souffre beaucoup.

La conjonctive, fortement injectée, est très rouge ; la cornée normale ; la chambre antérieure, en partie remplie de sang ; la pupille, qu'on distingue à peine, a la forme d'un fer à cheval avec la base en haut. En soulevant la paupière supérieure et en faisant regarder le malade en bas, on aperçoit sur la face supérieure du globe oculaire, et au-dessous de la conjonctive, qui est en ce point amincie et transparente, une tumeur recouverte d'un magnifique réseau vasculaire. Cette tumeur a la forme et la dimension du cristallin.

M. Wilde incisa, avec une grande aiguille, la conjonctive, au-dessus du cristallin offrant une coloration légèrement ombrée et la consistance de l'amidon cuit. On aperçut alors, sous forme d'une fente noire, communiquant avec la chambre de l'humeur vitrée, la rupture de la sclérotique qui avait livré passage au cristallin.

Il ne s'échappe point d'humeur vitrée. Occlusion de l'œil : deux semaines plus tard, la chambre antérieure et l'iris sont complètement débarrassés de sang ; la plaie de la sclérotique est cicatrisée et au moyen d'un verre convexe

le malade peut lire les gros caractères et distinguer les petits.

Luxation sous-conjonctivale du cristallin à travers une rupture de la sclérotique.

M. le professeur Businelli, de Modène, a examiné à son dispensaire (août 1868) un paysan de 45 ans, qui avait heurté violemment de l'œil gauche contre le pommeau d'une porte. A partir de ce moment, la vision de ce côté, jusqu'alors assez bonne, était devenue très confuse. L'œil était injecté et était devenu douloureux ; mais, quelques jours plus tard, les douleurs avaient cessé et la vue s'était améliorée notablement, sans revenir toutefois à l'état où elle se trouvait avant l'accident. Au moment de l'examen, la cornée présente une courbure normale ; le centre en est suffisamment transparent. Les diamètres de la chambre antérieure semblent plutôt augmentés. La pupille noire, dilatée, ovale, est allongée dans le sens vertical et déplacée légèrement vers le haut. L'iris jouit de peu de mobilité. A la partie supérieure de la sclérotique, on voit une petite tumeur hémisphérique, un peu aplatie, occupant l'espace qui se trouve entre l'insertion du muscle droit supérieur et le rebord supérieur de la cornée, dont elle n'est distante que de deux millimètres à peine. Cette tumeur lisse, élastique, semi-transparente, est recouverte par la conjonctive bulbaire légèrement injectée et possède un diamètre de 8 à 9 millimètres. Le degré de la vision permet encore au malade de se guider et de distinguer, quoique confusément, au moyen d'une lentille biconvexe n° 3, les aiguilles d'une montre.

M. Businelli, en voyant cette tumeur, n'hésita pas à l'at-

tribuer à la présence du cristallin luxé, au moment du choc et sorti à travers une ouverture accidentelle de toutes les membranes de l'œil à l'exception de la conjonctive protégée par son élasticité et peut-être aussi par le tissu épiscléral.

La forme régulière et la transparence relative de la tumeur, lui firent supposer que le cristallin était encore revêtu de sa capsule.

Il résolut d'opérer, séance tenante, l'extraction du cristallin en incisant les membranes qui recouvraient la tumeur. Sous l'influence d'une pression modérée, il vit sortir le cristallin, dépouillé de sa capsule (dont il ne put retrouver trace), mais entier, assez transparent, plutôt dur et légèrement jaunâtre. Il n'y eut pas d'hémorrhagie ; le sac herniaire se contracta, sans aucune perte d'humeur vitrée.

Muni d'un bandage, l'opéré retourna à son village. Un mois plus tard, il se représenta au dispensaire ; l'œil n'offrait aucun phénomène inflammatoire et jouissait d'une vision relativement satisfaisante, comme à la suite de l'extraction de la cataracte.

L'auteur termine sa communication par les conclusions suivantes :

a.) Quand, à la suite d'un choc violent, déterminé par un corps contondant, la pression endoculaire est portée tout d'un coup à un degré suffisant pour surmonter la résistance des enveloppes de l'œil, la lacération porte sur la sclérotique et non sur la cornée.

b.) La rupture, par tension excessive, a lieu constamment dans le segment antérieur de la sclérotique, dans les endroits où cette membrane offre le moins d'épaisseur, c'est-

à-dire au devant du point d'insertion des muscles droits et dans les espaces intermusculaires.

c.) La direction de la rupture est, le plus souvent, parallèle à celle du bord de la cornée.

d.) La capsule de Ténon se déchire difficilement. La conjonctive reste intacte, grâce à l'élasticité dont elle, jouit et qui lui permet de reculer devant la pression.

e.) Le cristallin luxé peut conserver pendant quelque temps un certain degré de transparence.

f.) L'extraction du cristallin hernié n'est pas une opération dangereuse, pourvu que l'on attende quelques jours avant de la pratiquer.

Nous résumons ici une observation de luxation sous-conjonctivale traumatique du cristallin par Fano. (*Gazette des hôpitaux*, 1860, p. 605.)

La dame X..., âgée de 50 ans, se présente à la clinique le 8 octobre dernier. Elle rapporte qu'il y a sept ou huit jours, en jouant avec un de ses neveux, ce dernier lui a donné, par mégarde, un violent coup de doigt dans l'œil droit, à l'instant même, la vue fut perdue.

On se contenta d'appliquer sur l'orbite des compresses trempées dans l'eau tiède, et l'on plaça quelques sangsues derrière l'oreille droite.

Etat actuel. — Les paupières sont saines. La conjonctive oculaire présente, dans presque toute son étendue, excepté dans le quart supérieur, une ecchymose très prononcée de couleur violette. Cette suffusion sanguine s'étend jusqu'à la circonférence de la cornée, d'une part ; jusqu'au cul-de-sac conjonctival de l'autre, sans anticiper sur les paupières.

Dans le quart supérieur de la conjonctive sclérotícale,

on remarque une petite tumeur, du volume d'une grosse lentille, bien circonscrite, de couleur gris blanchâtre, comme si, dans ce point, il existait un œdème circonscrit dans le tissu sous-conjonctival.

La chambre antérieure de l'œil est distendue par un sang de couleur foncée ; il est impossible d'apercevoir l'iris ni la pupille. La sclérotique ne présente aucune solution de continuité apparente.

La patiente conserve la faculté de distinguer la lumière ; elle n'a pas conscience du passage de la main au devant de l'œil. Les mouvements du globe sont conservés.

Le jour même, l'extraction du cristallin fut faite.

Le 18. La malade commença à distinguer et même à reconnaître des objets usuels, un porte-plume, un crayon, des ciseaux. L'examen, avec le miroir ophthalmoscopique et la lampe, permet d'apprécier que le fond de l'œil offre une teinte rose foncé, entremêlé de points noirs.

Le 20. La vision est plus distincte ; l'iris est le siège d'un tremblement, lorsque la patiente imprime des mouvements au globe.

Le 22. La dame X... reconnaît les caractères d'imprimerie d'un centimètre et demi de hauteur. L'iris est toujours tremblotant. Enfin, après une amélioration progressive et grâce aux lunettes qui lui ont été conseillées (verre zéro à gauche, et verre à cataracte à droite).

Elle lit de l'œil droit des caractères d'imprimerie assez petits ; elle distingue très bien l'heure à la montre ; elle peut travailler à l'aiguille et reconnaître les cartes à jouer.

TRAITEMENT.

Que devient le cristallin luxé complètement ou incomplètement? Nous avons vu que, chez les jeunes sujets, la capsule étant rompue, il pouvait être résorbé ; qu'il se cataractait dans bon nombre de cas ; et que dans d'autres enfin, il ne paraît pas subir d'altérations notables. Parfois, les douleurs produites par les tiraillements des nerfs ciliaires constituent une complication sérieuse ; enfin, l'irritation de la région ciliaire de la portion de la zonule, encore adhérente, peut donner lieu à de véritables attaques glaucomateuses qu'on reconnaîtra aux douleurs violentes, à la dilatation de la pupille, à l'injection périkératique, à la tension du globe oculaire, aux troubles des milieux transparents de l'œil ; et l'on sera conduit à pratiquer l'iridectomie, dont les résultats varieront suivant chaque cas particulier.

Mais l'iridectomie n'est pas aussi facile à pratiquer, dans ce cas, que lorsqu'il s'agit d'une opération ordinaire de cataracte. Le corps vitré tend à s'échapper par les lèvres de la plaie et l'iris, qui se renverse, est difficile à atteindre.

L'extraction du cristallin peut être indiquée, lorsque les accidents glaucomateux continuent après l'iridectomie. Si la luxation est incomplète ; l'opération peut réussir, bien qu'entourée de difficultés : mais si la luxation est complète ; si le cristallin est situé à la partie inférieure du corps vitré, l'opérateur ne pourrait pas l'atteindre et l'énucléation de l'œil doit être alors pratiquée.

La luxation du cristallin a-t-elle lieu dans la chambre antérieure et celui-ci amène-t-il des désordres graves du

côté de la cornée : on fera une incision, comme dans le premier temps de l'opération de la cataracte ; mais on aura toujours à craindre l'issue de l'humeur vitrée.

La question relative à l'intervention est très délicate et très difficile à résoudre.

Dans quelques-unes des observations, citées plus haut, on a fait l'extraction immédiate du cristallin : de Græfe, cité par Mackensie, pense qu'il ne faut pas chercher à extraire le cristallin, tant qu'il n'est pas cataracté et qu'il vaut mieux produire une pupille artificielle dans les cas où, bien entendu, il n'y a pas de phénomènes glaucomateux.

Voici l'opinion de Mackensie, au sujet de la conduite à tenir dans les luxations sous-conjonctivales du cristallin.

En général, on est trop tenté d'inciser largement la conjonctive et d'extraire la lentille logée sous elle.

Il faut être circonspect, car la plaie ainsi faite à la muqueuse, si l'accident est de date récente, peut donner issue au contenu de l'œil, à travers l'ouverture des membranes profondes.

Si les accidents inflammatoires, entretenus par la présence de ce corps étranger, en commandent l'ablation et si l'on a des raisons de croire que la plaie, au travers de laquelle il s'est échappé, n'a pas eu le temps de se cicatriser, on fera bien de ne faire à la conjonctive qu'une très petite ouverture, à travers laquelle le cristallin morcelé pourra toujours facilement passer et qu'on aura eu soin de faire, de telle sorte, qu'elle ne corresponde point avec la plaie primitive ; on pourra, l'extraction opérée, la fermer au moyen d'un point de suture pour toute prudence.

Quant aux troubles visuels tels que l'anomalie de la ré-

fraction, myopie ou hypermétropie, on y remédiera en employant des verres sphériques, concaves ou convexes.

Mais comme aux déplacements en avant ou en arrière se joint une inclinaison latérale du cristallin, déterminant de l'astigmatisme, que les verres cylindriques ne peuvent corriger et qu'il faudrait faire porter aux malades des verres sphériques inclinés sous un certain angle ou des disques sténopéïques, percés d'un petit trou, ce qui, en pratique, est presque impossible, ou ne pourra guère remédier à ce trouble dioptrique.

En somme, la conduite du chirurgien, très délicate et variable suivant les cas spéciaux, consistera à combattre les accidents, au fur et à mesure qu'ils se présenteront et à remédier aux troubles visuels, dans la mesure du possible.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL.

Anatomie et histologie normales. — Des aponévroses.

Physiologie.— De la sécrétion de la bile, et du rôle de ce liquide.

Physique. — Description des piles les plus usitées.

Chimie. — Théorie sur la constitution chimique des sels ; action des sels les uns sur les autres ; lois de Berthollet et de Wollaston.

Histoire naturelle. — Des tiges, leur structure, leur direction, caractères qui distinguent les tiges des monocotylédones et des dicotylédones. Théorie de l'accroissement.

Pathologie externe. — De l'astigmatisme.

Pathologie interne. — Des concrétions sanguines dans le système veineux.

Pathologie générale. — Des métastases.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des lésions des nerfs.

Médecine opératoire. — De la valeur des appareils inamovibles dans le traitement de la coxalgie.

Thérapeutique. — Des indications de la médication topique.

Pharmacologie. — Des gargarismes, des collutoires, collyres, injections, inhalations, lotions, fermentations, fumigations, etc.

Hygiène.—De l'influence de la lumière sur l'organisme.

Médecine légale. — Empoisonnement par le chloroforme et l'éther. Comment peut-on reconnaître la présence de ces anesthésiques dans le sang.

Accouchement. — Des paralysies symptomatiques de la grossesse.

Vu : le président de la thèse.
DUPLAY.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. GRÉARD.